

guía la identificación de las necesidades y las respuestas en salud.

Hoy se debate sobre la concepción de la salud como bien privado o público, como derecho o como mercancía, como quehacer fundamental del Estado o del mercado, como medio o como fin, como precondition o resultante del desarrollo, como problema ético-político o únicamente técnico-instrumental y como responsabilidad individual o colectiva.

Desde luego la disputa se da en el plano ideológico, donde se confrontan una visión pragmática y de corto plazo que concibe a la salud como un bien privado y se interesa por ella en la medida en que la entiende como inversión o mercancía y, una perspectiva de equidad y ciudadanía, que coloca el énfasis en las propuestas orientadas a construir un piso basal igualitario para la salud. Asimismo, se debate en el ámbito de lo económico, el interés de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación.

En esta disputa, la política y la ideología que privilegian lo individual y lo privado, subordinan lo público y plantean la resolución de las necesidades humanas a través del mercado, se ha consolidado con altos costos sociales y de salud que si no son revertidos, colocarán a los ciudadanos en una situación de emergencia sanitaria que difícilmente podrá ser enfrentada con instituciones dismanteladas y servicios fragmentados y reducidos a un mínimo de intervenciones.

11. LAS ENFERMEDADES DE LA POBREZA. ESTUDIO DE CASO: EL CÓLERA EN MÉXICO

*Bertha Palomino**
*Gustavo López***

Introducción

El fracaso del modelo desarrollista en la década de los años ochenta y la profunda crisis económica, financiera y social, obligaron a instrumentar políticas de ajuste económico y austeridad social para resolver esa situación e incorporar al país un proyecto modernizador a mediano plazo, con una nueva orientación de desarrollo del capitalismo, el proyecto neoliberal. Estos programas de ajuste aplicados en el umbral de los años ochenta pretendían enfrentar la deuda externa a través de políticas contractivas de la demanda interna agregada, reduciendo el gasto público, retirándose el Estado, primero gradualmente y después en forma más acelerada, de sus funciones económicas como inversionista y como regulador de la vida económica, a través de medidas como la desregulación, la cancelación o reducción de programas de fomento económico, la privatización de empresas, de la reducción real de los salarios, la subvaluación cambiaria y la apertura comercial entre otras.

* Profesora Investigadora del Centro Interdisciplinario de Investigaciones y Estudios de Medio Medio Ambiente y Desarrollo (CIEMAD) del Instituto Politécnico Nacional (IPN).
** Investigador Asociado del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En el marco del proyecto neoliberal, el estado de bienestar restringido se dismantela, y se transita hacia una política social de asistencia y beneficencia, caracterizada por una gran disminución del gasto social, el desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales como la salud, la educación, el empleo, etc., la asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación a través del combate a la pobreza extrema, la concentración de los recursos en zonas prioritarias económica o políticamente, la reestructuración de las instituciones de servicio social dirigidas a la búsqueda de formas rentables de producción de servicios conservando un mínimo de servicios baratos para los grupos más pobres (López y Blanco, 1993).

No pasó mucho tiempo para que estas políticas de ajuste dejaran sentir su impacto negativo en el bienestar y la satisfacción de las necesidades de la sociedad, ocasionando un estado de malestar de las poblaciones, debido al desarme permanente de la estructura de los servicios sociales públicos brindados por el Estado y la construcción de una sociedad más dual y polarizada, donde los estratos medios se adelgazan progresivamente y donde las posibilidades de movilidad social ascendente son muy escasas. Los pobres históricos agudizan su pobreza y se va creando una capa de nuevos pobres. Así, la reducción en el crecimiento económico aumentó la desocupación y subocupación en forma alarmante.

Las estrategias y políticas instrumentadas para remontar la crisis e incorporar a nuestro país al "nuevo orden mundial" han aumentado el desempleo, deteriorado gravemente el poder adquisitivo y puesto en situaciones de supervivencia precaria en la economía informal a grandes sectores de la población.

En esta década se retrocede en los logros del desarrollo alcanzados en los años sesenta o setenta, debido a un proceso creciente de acumulación de los beneficios en favor de determinados estratos sociales y al deterioro en las condiciones y oportunidades de vida, cada vez más extensos, asistiéndose así a un proceso de polarización o dualización social o de dualización social marcada (Vuscovic, 1994).

El impacto de esta crisis y de otras reestructuraciones del modelo que se han tenido que hacer en países como el nuestro debido a la inmensa deuda externa, la década del crecimiento cero y la orientación neoliberal de la economía a nivel mundial, han tenido consecuencias directas e indirectas en el medio ambiente y la salud, que hoy se expresan en los indicadores de la calidad ambiental y el nivel de salud, como el índice de deforestación, los niveles de contaminación del aire, del agua y del suelo, la pérdida de biodiversidad etc., por un lado; y por el otro, en el índice de desnutrición, la esperanza de vida, las tasas de mortalidad infantil, general y materna y los perfiles patológicos en los sectores sociales con peores condiciones de vida, así como en el incremento de la pobreza y pobreza extrema en los últimos años.

A la degradación ambiental originada en el modelo de industrialización precedente por las formas históricas de uso, valoración y explotación de los recursos, sujetas al condicionamiento de la demanda externa de productos primarios, se ha agregado la resultante de las políticas de ajuste. La contracción presupuestal para el sector público, la reducción del crédito interno, las devaluaciones monetarias y el estímulo diferenciado a diversos sectores productivos han aumentado en forma diversa la presión sobre los recursos naturales y el entorno humano, acelerando procesos como la pérdida de ecosistemas frágiles y de la biodiversidad, la contaminación atmosférica de las grandes ciudades, la contaminación por residuos peligrosos, el deterioro de cuencas hidrológicas y la inaccesibilidad al agua, la deforestación, la erosión y la desertificación, el agotamiento de recursos minerales y marinos, el deterioro sanitario del medio, entre otros. Sumándole a esta situación los atrasos organizativos, administrativos, educativos y científico-tecnológicos que repercutirán a mediano y largo plazo.

Es conveniente mencionar que las transformaciones en el ámbito de la salud, provocadas por las políticas de desarrollo no son homogéneas, ya que dependen del grado de desarrollo económico alcanzado, del ingreso y bienestar de los diferentes secto-

res de la población, del carácter de políticas ambientales y sociales instrumentadas por el Estado y de los niveles obtenidos con anterioridad en la gestión ambiental, en la salud y en la infraestructura sanitaria.

En el espacio de la salud y de la enfermedad, destaca en América Latina y específicamente en México, la aparición de epidemias o pandemias de enfermedades infecciosas ya desaparecidas o consideradas bajo control como el cólera, el dengue, el paludismo, la tuberculosis, el sarampión, entre otras.

El cólera hace su aparición en América Latina en el año de 1991, con el brote epidémico en Perú, desde donde la enfermedad se extendió a Ecuador, Colombia, México, Guatemala, Chile, Bolivia, El Salvador, Panamá, Brasil y los Estados Unidos, y a fines de ese año ya se encontraba en 15 países. Para diciembre de 1993, en 21 países de la región se habían reportado epidemias o casos aislados. En 1991 se produjeron 391 750 casos, en 1992, 353 810 casos y en 1993, 196 244 casos con un total de 8 622 muertes en estos tres años (OPS, 1994).

Desarrollo, ambiente y cólera en México

Al igual que en el resto de América Latina, en México se han venido presentando crisis del modelo de desarrollo desde la década de los sesenta y, a partir de los años ochenta, con las políticas de ajuste estructural, éstas se han agudizado. Una muestra de ello es la conformación de una sociedad mexicana muy polarizada en la que existen menos de 24 supermillonarios y 42 millones de pobres, de los cuales 13 millones sobreviven en la extrema pobreza.

En cuanto a la política social (educación, vivienda, salud, servicios públicos y seguridad social), se ha orientado a promover, cada vez más, la privatización selectiva en la educación, en la oferta de servicios públicos y en la construcción de vivienda, así como en los servicios de salud.

En la última década, las condiciones de salud presentan un panorama complejo, donde coexisten enfermedades de la po-

breza, padecimientos infectocontagiosos y nutricionales, con las enfermedades llamadas de la riqueza, como las crónico-degenerativas, las cardiovasculares, etc. Este perfil patológico de los mexicanos tiene una distribución diferenciada entre regiones geográficas y grupos sociales, dando origen a una exclusión y polarización social más, la de la salud y la enfermedad.

A la reducción real del ingreso, el desempleo, la desnutrición, se suman como factores condicionantes de la actual situación sanitaria de nuestro país, el déficit de cobertura de servicios de salud, calculados en 15 millones de habitantes y el deterioro de la calidad y la calidez de los servicios que brindan las instituciones públicas de salud. Esto se debe al recorte del gasto público que se ha dado en materia de salud de 1983 a la fecha; reportándose en éste, cifras de reducción del gasto en salud per cápita del 60% al 30% con relación al asignado para 1983 en este rubro (Lamell, 1991). Además de una profunda diferenciación en la cobertura de servicios de agua potable y alcantarillado, pues si a nivel nacional se alcanzan cifras cercanas al 90% y 70% respectivamente, a nivel regional, las diferencias van desde 45% hasta 98% para el suministro de agua y del 15% a 92% para el alcantarillado según el tamaño de las localidades.

El primer caso de cólera que ocurrió en México, durante la séptima pandemia de este padecimiento, fue en junio de 1991, en la localidad de San Miguel Totolmaloya, Estado de México, hecho que interrumpió un periodo de más de 100 años sin casos registrados.

En 1991 se identificaron 2 550 casos, distribuidos en 15 estados, entre los que destacan por la mayor incidencia Tabasco, con 589 casos, Hidalgo con 491 casos y Chiapas con 332 casos, en contraste con entidades como Sonora, Jalisco y Zacatecas, en las que sólo hubo casos aislados. El número de muertos por esta enfermedad fue de 34 defunciones, con una tasa de mortalidad de 0.04 por cada 100 000 habitantes. Todos los casos registrados fueron confirmados por laboratorio en el que se identificó el *Vibrio cholerae* 01 Inaba Tor como el agente.

Para 1992, el número de casos se triplicó en relación con el año anterior, reportándose 6 670 enfermos de cólera, distribuidos ya en 27 estados, con una tasa de mortalidad de 0.11 defunciones por cada 100 000 habitantes. Las entidades con mayor número de casos fueron Guerrero, Campeche, Yucatán, Veracruz y Tamaulipas.

En 1993, se identificaron 9 334 casos en 25 estados. Los estados más afectados fueron Puebla, Veracruz, Chiapas, Estado de México y Distrito Federal. La tasa de mortalidad fue de 0.22 muertos por cólera por cada 100 000 habitantes.

Posteriormente, en 1994, el número de casos reportados se redujo considerablemente a 4 059 nuevos enfermos, cifra que significa una disminución de más del 50% en relación con el año anterior. Las entidades con mayor incidencia de la enfermedad fueron Tabasco, Veracruz, Chiapas, Campeche y Puebla entre los primeros diez estados con mayor número de casos de cólera.

En el año 1995, hubo un repunte significativo de la epidemia de cólera, ya que se reportó un total de 16 430 casos, un aumento de más del 400 % en relación con 1994; destacando como estados más afectados Yucatán con 2 240 casos, que el año anterior no había registrado ningún caso, (con el 16.37% del total de los casos incidentes), Campeche, con un total de 1 608, 4 123% más que el año anterior; siguiéndole Veracruz con 1 331 casos contra 150 de 1994, un aumento del 887%, posteriormente el estado de Chiapas, que registró 10 veces más casos en este año que en 94 al pasar de 91 a 912 casos; el Distrito Federal con 586 casos (los enfermos por cólera aumentaron 4 185% en relación al año anterior), etcétera (SS, 1991-6)

En los tres primeros años del brote más reciente del cólera, los factores de riesgo¹ se asociaban en un 95% al consumo de agua contaminada; en 1994, el principal agente de contaminación fue la ingesta de alimentos y para 1995 y en el año de 1996

¹ El riesgo para la adquisición del cólera se determinó en función de la dotación de agua por habitante al día, el número de habitantes por toma de agua, el porcentaje de desinfección de la misma por estado y la cobertura de alcantarillado.

la contaminación orgánica del agua volvió a ser la principal causa de esta epidemia.

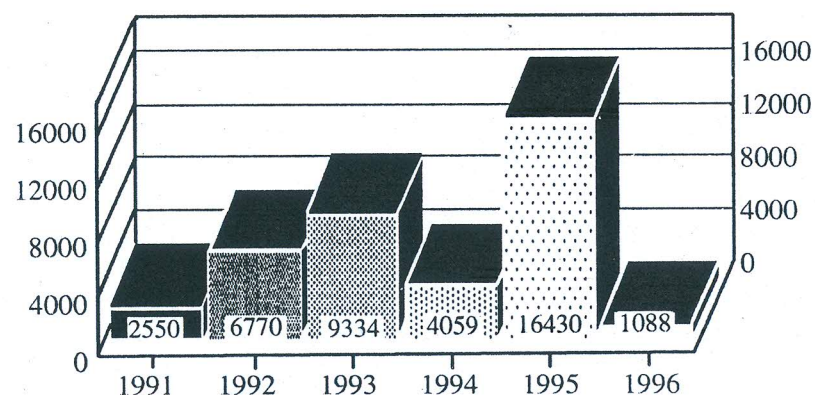
Durante los tres primeros años de la epidemia en México, se observó un incremento anual progresivo de los casos, presentándose la mayor incidencia en 1993 y disminuyendo significativamente en 1994. Sin embargo, en 1995 los casos se incrementaron en forma alarmante y por arriba de todas las predicciones hechas, ya que se rompió el mayor récord registrado de enfermos desde junio de 1991, fecha en que la epidemia hizo su aparición en este país. No sólo destaca el incremento en el número de enfermos sino la ampliación distributiva de ellos hacia estados donde no se había registrado casos, o su número había sido de poca consideración. En 1995 sólo se libran de este problema Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora y Zacatecas. Los estados más afectados de la república por esta epidemia son Tabasco, Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Yucatán, Puebla, Hidalgo, Michoacán y Estado de México, donde por coincidencia habita el mayor número de grupos indígenas de nuestro país y que son entidades consideradas como pobres y de alta marginalidad según los datos oficiales, reportando los mayores rezagos en cuanto a dotación de servicios públicos como la atención a la salud, la infraestructura educativa, el suministro de agua potable, el alcantarillado. Destaca también que en el año de 1995 se presentó en el sureste mexicano una serie de fenómenos climatológicos, como huracanes y ciclones que ocasionaron desastres en la población y menor acceso a condiciones sanitarias adecuadas; esto jugó un papel decisivo en el aumento de la incidencia de casos del cólera y de otras enfermedades como el dengue y el dengue hemorrágico en la región.

Con la devaluación monetaria de 1995, la contracción drástica de la economía mexicana y la reestructuración de políticas sociales cada vez más excluyentes, es así como el incremento vertiginoso del desempleo y subempleo, se hicieron más evidentes las relaciones entre las políticas de ajuste —el deterioro ambiental y los problemas infecciosos de salud como el cólera— debido a los severos recortes presupuestales en materia de

atención social y en general del gasto público, lo que redujo la capacidad real de las instituciones públicas de salud: dejó sin atención adecuada a las 20 cuencas hidrológicas más contaminadas del país y sin mantenimiento y control de calidad óptimos las 222 plantas potabilizadoras y 718 plantas de tratamiento de aguas residuales del país, sumándole a esta situación otros procesos de pérdida de la calidad de vida alcanzado por la población. Todo lo anterior coincidió con las mayores datos epidemiológicos del cólera desde 1991.

En 1996 se presentaron 1 088 casos de cólera, reducción significativa con relación a 1995 en que se reportaron 11 717 casos (Gráfica 1). Este considerable descenso seguramente se debe a las acciones de potabilización del agua, de control de su calidad por parte de la Secretaría de la Salud y el Instituto Mexicano de Tecnología del Agua de la CNA y a que la atención curativa y de prevención primaria de la enfermedad se ha protocoli-

Gráfica 1
Comportamiento anual de la incidencia de casos de cólera
(1991-1996)



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Elaboró PIMADI a partir del boletín semanal de Epidemiología.

zado en las instituciones de salud, además de los errores o el subregistro en el Sistema de Información Epidemiológica de la Secretaría de Salud que, a la fecha, siguen siendo comunes. Sin embargo y a pesar de los avances en el control del cólera, observados en los datos epidemiológicos, cabe destacar que siguen siendo los estados catalogados como de alta marginalidad o de bajos niveles de bienestar los más afectados por esta epidemia: Chiapas, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Campeche, Estado de México y Oaxaca, que presentan también la mayor frecuencia de otras enfermedades de la pobreza como el dengue, (de gran impacto actualmente), la tuberculosis o el paludismo, declarados por organismos internacionales y nacionales como emergencias a fines del siglo, tanto a nivel mundial como nacional por su resurgimiento como problemas de salud pública (Mapas 1 y 2).

Así planteadas, las enfermedades de la pobreza se presentan como productos del aumento de riesgos y la disminución de oportunidades de vida, esto es, del deterioro en la calidad de vida, en por lo menos cuatro de sus componentes, el empleo, la riqueza, la salud y el medio ambiente.

A manera de conclusión

En México se desarrolla un proceso de regresión epidemiológica que no de transición, donde se presentan enfermedades ya erradicadas o controladas en el anterior modelo desarrollista, debido a las estrategias elegidas para acceder a un nuevo modelo mundial de acumulación capitalista altamente excluyente de amplios sectores de la sociedad.

Los altos costos sociales y ambientales resultantes están relacionados con el desmantelamiento de un Estado benefactor restringido, la profundización, ampliación y diversificación del deterioro del ambiente y el deterioro de calidad de vida en sus dimensiones material y subjetiva de la población.

La patología de la pobreza y de la riqueza deben de contemplarse como partes de un binomio indisoluble y como expresio-

Mapa 1
Grados de marginación, 1990



Calidad de vida, salud y ambiente

Mapa 2
Riesgo de cólera



Las enfermedades de la pobreza. El cólera en México

nes de la orientación de las políticas del desarrollo y de las condiciones ambientales, por lo que su atención debe estar dirigida esencialmente a la promoción de la equidad y a la reducción de las desigualdades sociales; incorporando realmente a más de la mitad de la población de México, ahora ajena a los beneficios del desarrollo económico.

Las acciones para reducir las desigualdades en el estado de salud deben estar encaminadas no sólo hacia la asistencia sanitaria, sino prioritariamente a mitigar la pobreza, a atender las necesidades básicas de la gente, lo que incluye el mejoramiento real del poder adquisitivo, la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Así como el mejoramiento de la calidad del entorno natural y social.

La salud es una precondition para la igualdad de oportunidades sociales. Solo individuos sanos pueden trabajar mejor y generar riqueza. Se requiere contar con salud para que el hombre pueda ejercer su libertad, luchar por su superación y ser capaz de manifestar sus pensamientos.

La salud se relaciona con todos los aspectos de la vida humana: el trabajo, la vida familiar y doméstica, el ambiente, el tiempo libre, la capacidad de gozar o disfrutar, etcétera.

Hasta ahora y a pesar de los discursos, la direccionalidad de los modelos de desarrollo ha tenido como objetivos principales el incremento de las variables macroeconómicas, por lo que se requiere poner en el centro de las estrategias del desarrollo al hombre, a la satisfacción de sus necesidades materiales y a logro de sus aspiraciones y deseos.

Uno de los ejemplos más claros y lacerantes de la contradicción mencionada, entre patrón de desarrollo, la calidad del ambiente y de la vida de los habitantes, es el de la reciente epidemia de cólera en América Latina y específicamente en México, que ilustra la correspondencia entre las condiciones de vida, la pobreza y la marginalidad social de cada vez más grandes sectores de la población con la mayor incidencia de estas otras enfermedades reconocidas como la *patología de la pobreza*.

Obras consultadas

- Boletín Semanal de Epidemiología, México, Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. 1991-1996.
- Laurell, Asa Cristina (1991). *La política social en crisis: una alternativa para el sector salud*. Fundación Friedrich Ebert. México, pp. 13-19. Documento de trabajo no. 27.
- López, Arellano Oliva y Gil José Blanco (1993). *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México, UAM, p. 39.
- OPS (1994). *Cholera Situation in the Americas*. Washington, Update no. 8, enero. pp. 12-19.
- Vuskovic, Pedro (1994). *Pobreza y Desigualdad en América Latina*. México, UNAM/CIH. 1994. p. 50.